



# Влияние кист Тарлова на болевой синдром и расстройства тазовых органов у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника

Березовский Б.Н.<sup>1,2</sup>, Прасолова В.С.<sup>2</sup>, Тулупов А.А.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» г. Новосибирск, Россия

<sup>2</sup>ЗАО «Клиника Санитас» г. Искитим, Россия

<sup>3</sup>ФГБУН Институт «Международный томографический центр» Сибирского отделения Российской Академии наук г. Новосибирск, Россия

## Аннотация

**Киста Тарлова** – иннервированная менингеальная киста, представляющая собой мешочек, заполненный спинномозговой жидкостью, чаще всего располагающаяся в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, на уровне S1-S4 позвонков.

В большинстве случаев кисты Тарлова являются случайной находкой на МРТ и не вызывают какой-либо симптоматики, однако, по данным литературы, встречаются также и кисты, вызывающие такие симптомы, как абдоминальная боль, тазовая боль, нарушения функции тазовых органов. Тем не менее, данные образования часто исключают из круга дифференциального диагноза при болевом синдроме, нарушениях функции тазовых органов.

## Введение

В большинстве случаев кисты Тарлова не вызывают симптомов и выявляются как случайная находка при МРТ позвоночника, однако, в литературе описаны случаи симптоматических кист Тарлова, ассоциированных с атипичной абдоминальной, тазовой болью [1], нарушениями функции тазовых органов [2].

В связи с тем, что данные образования встречаются редко, их часто не включают в круг дифференциальной диагностики при различных неврологических патологиях, таких как синдром люмбагии, нейрогенные расстройства мочеиспускания, дефекации.

**Цель исследования** - изучить влияние кист Тарлова на болевой синдром и нарушения функции тазовых органов у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту встречаемости кист Тарлова у пациентов, проходивших МРТ поясничного отдела позвоночника, а также определить долю симптоматических кист;
2. Определить наиболее частый уровень локализации кист;
3. Выявить основные жалобы, предъявляемые пациентами и определить корреляцию между размерами и расположением кист с вызываемой клинической симптоматикой.

## Контакты

Борис Березовский  
Email: b.berezovskii@g.nsu.ru  
Новосибирский государственный университет

## Методы и материалы

В исследование включено 35 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 20 до 60 лет.

**Критерии включения:** выявленная при МРТ исследовании киста Тарлова в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

**Критерии исключения:** грыжа межпозвонкового диска на стороне поражения; протрузия межпозвонкового диска на стороне поражения с фораминальным стенозом; метастатическое поражение позвоночника; выраженные деформации позвоночного столба; обнаруженные на границе области исследования патологические образования в малом тазу.

**Методы исследования:**

- МР-томография по стандартному протоколу исследования позвоночника с использованием T1, T2, STIR изображений в корональной, сагиттальной и аксиальной плоскостях;
- опрос пациентов на предмет наличия жалоб;

**Статистическая обработка** данных с использованием пакета статистических функций Microsoft Excel, аналитического ПО IBM SPSS Statistics версии 23.

## Результаты и обсуждение

Проанализировано 300 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, из них кисты Тарлова обнаружены у 51 пациента, что составляет 17%

Средний размер кисты составил 9 мм, наименьший – 2 мм, наибольший – 20 мм.

Наиболее часто кисты Тарлова были локализованы на уровне S2 (Mo = 2);

Количество кист у одного пациента варьировало от 1 до 4, наиболее часто обнаруживалась одиночная киста (Mo = 1);

На рисунке 1 представлена структура жалоб, предъявляемых пациентами с кистами Тарлова, наиболее часто пациенты жаловались на позиционные боли и позиционные парестезии.

При корреляционном анализе (табл. 1) полученных данных выявлены значимые корреляции между размером кисты и позиционными болями, позиционными парестезиями, тазовыми болями и ранним наполнением мочевого пузыря.

50



Рисунок 1. Структура жалоб пациентов с кистами Тарлова

Симптом	Размер кисты
Позиционные боли	r = 0,7 ДИ (0,52;0,83)
Позиционные парестезии	r = 0,65 ДИ (0,5;0,78)
Ощущение раннего наполнения мочевого пузыря	r = 0,5 ДИ (0,32;0,66)
Тазовые боли	r = 0,53 ДИ (0,31;0,67)

Таблица 1. Наиболее значимые корреляции жалоб с размерами кист

## Заключение

1. Кисты Тарлова были обнаружены у 17% обследованных пациентов, среди которых симптоматические кисты были обнаружены у 67% пациентов;
2. Наиболее часто кисты Тарлова были локализованы на уровне S2;
3. чаще всего встречались одиночные кисты;
4. чаще всего кисты были локализованы слева;
5. Размер кисты достоверно коррелирует со следующими симптомами:
  - позиционные боли;
  - позиционные парестезии;
  - ощущение раннего наполнения мочевого пузыря;
  - тазовые боли.

## Библиографический список

1. Fernández-Cuadros ME, Martín-Martín LM, Albaladejo-Florín MJ, Álava-Rabasa S, Pérez-Moro OS. Quiste de Tarlov e incontinencia fecal: caso clínico y revisión de la literatura [Tarlov cyst and faecal incontinence: A case report and literature review]. Rehabilitacion (Madr). 2020 Jul-Sep;54(3):215-220. Spanish. DOI: 10.1016/j.rh.2019.07.005.
2. Kozłowski P, Kalinowski P, Janiewicz M, Kozłowska M, Biłski M, Budny A, Słabczyński P, Łukowski M, Szczypiór G, Burdan F. Torbiele okołokorzeniowe [Perineural cysts]. Pol Merkur Lekarski. 2018 Nov 28;45(269):201-204. Polish. PMID: 30531671.
3. Baker M, Wilson M, Wallach S. Urogenital symptoms in women with Tarlov cysts. J Obstet Gynaecol Res. 2018 Sep;44(9):1817-1823. doi: 10.1111/jog.13711. Epub 2018 Jul 5. PMID: 29974579; PMCID: PMC6150833.